ASUHAN FARMASI DALAM PERSIMPANGAN EPISTEMOLOGI

Muhammad Anshari
(Universitas Muhammadiyah Banjarmasin)
Risya Mulyani
(Universitas Muhammadiyah Banjarmasin)

ABSTRAK

***Introduksi**: Pembicaraan aspek asuhan kefarmasian terkait kerangka kerja konseptualnya dan orientasi teoretisnya masih jarang menjadi pembahasan.* ***Tujuan**: Meninjau refleksi filosofis asuhan farmasi yang lebih manusiawi dan holistik.* ***Simpulan**: Disiplin kefarmasian belum cukup jauh mengembangkan paradigma moral baru yang lebih cocok untuk kebutuhan asuhan kefarmasian yang memperhatikan aspek humanistik. Perangkat asuhan farmasi konvensional selama ini, seperti TDM, ADR dan PIO adalah merupakan aspek biomedik yang belum mengembangkan perhatian terhadap aspek psikologis dan kontrol perilaku dari pasiennya. Paradigma dan kerangka konseptual harus dibangun untuk menuju dimensi perawatan pasien yang lebih holistik, sehingga diperoleh praktek asuhan kefarmasian yang holistik, tidak terkesan mekanistik dan tidak bioreduksionistik.*

Kata kunci:
Asuhan farmasi, Holistik, Biomedik, Paradigma

PENDAHULUAN

Farmasi klinik menurut *Clinical Resources and Audit Group* (1996) adalah disiplin ilmu yang berfokus kepada praktek kefarmasian untuk meningkatkan efikasi dan meminimalkan toksisitas obat secara individual terhadap pasien. Batasan tersebut menyelipkan tujuan filosofis dari farmasi klinik yaitu untuk memaksimalkan efek terapi, meminimalkan resiko, serta menghormati pilihan pasien. Konsep farmasi klinik mulai muncul sekitar awal tahun 1960-an di dua universitas terkemuka di Amerika yaitu *Michigan* dan *Kentucky* (Miller,1981). Konferensi tentang informasi obat pada tahun 1965 telah diselenggarakan di *Carnahan House* serta didukung oleh *American Society of Hospital Pharmacy (ASHP).* Mereka telah membangun proyek percontohan yang diselenggarakan di Universitas *California.* Konsep tersebut meliputi pemberian informasi obat sekaligus pemantauan terapi pasien oleh farmasis yang bertugas di Rumah sakit (DiPiro, 2002).

Istilah *pharmaceutical care* (asuhan farmasi) mulai diperkenalkan tahun 1990 oleh Hepler dan Strand. Sejak saat itu peningkatan peran farmasis pada sistem pelayanan kesehatan berkembang pesat tidak hanya terjadi di Amerika, namun juga merebak ke berbagai belahan benua, antara lain di Eropa seperti yang telah diprediksi oleh *Europe Society of Clinical Pharmacy (*Bonal *et al*, 1993). Peningkatan peran yang terjadi secara universal di berbagai negara tersebut sesungguhnya dipicu oleh perkembangan teknologi kesehatan, ekonomi kesehatan, informatika, sosial ekonomi, dan hubungan profesional (Waldo *et al*, 1991). Perkembangan peran farmasis yang berorientasi pada pasien semakin menguat pada tahun 2000-an. Pada masa ini, organisasi profesi farmasis klinik di Amerika yaitu *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)* telah mempublikasikan sebuah makalah berjudul, Sebuah visi masa depan terkait peran, tanggungjawab. Berdasarkan visi tersebut maka sudah seharusnya farmasis dapat memainkan peran lebih besar sebagai penyedia pelayanan kesehatan yang akuntabel terkait intervensi obat untuk pencegahan dan penyembuhan penyakit (ACCP, 2008).

Perenungan terhadap perkembangan kefarmasian khususnya asuhan farmasi, transformasi dan pencapaian, sebagaimana yang telah dituliskan di atas, akan membuat kita tersentak oleh belum didapati wacana bersifat filosofikal. Topik yang paling sedikit dibicarakan namun yang paling menantang adalah aspek *asuhan farmasi* terkait kerangka kerja konseptualnya dan orientasi teoritisnya. Hal ini jelas mengindikasikan bahwa insan kefarmasian terkesan kurang peduli untuk terlibat dalam refleksi filosofis kritis tentang asuhan farmasi yang lebih manusiawi dan mewujudkan kesejahteraan moral antara pharmasis dengan pasiennya. Hal ini berbeda dengan kedokteran dan keperawatan dimana perdebatan tentang moral dasar profesi dan praktek adalah hal biasa (Morley, 1993).

Pustaka tentang rawatan kefarmasian apabila kita simak secara seksama kita sesungguhnya sudah dapat merasakan adanya perhatian yang tergolong memadai dalam memanusiakan pasien. Bahkan dapat dikatakan hubungan pharmasis dengan pasien telah pula diberikan dimensi operasional praktis sedemikian penting dalam praktek profesi (Starnd, 1992). Namun ternyata disiplin kefarmasian belum cukup jauh mengembangkan paradigma moral baru berikut model teoritik yang lebih cocok untuk kebutuhan dimaksud. Praktisi farmasi klinis seharusnya segera mengembangkan kesadaran kolektif yng dibutuhkan untuk mendorong eksplorasi filosofis dan teoritik yang dapat menunjang praktik kefarmasian yang menjadi humanistik dalam arti yang sesungguhnya. Kesadaran kolektif yang dimaksud di sini adalah berfokus menuju dimensi perawatan pasien yang 'holistik', serta praktek klinis yang non mekanistik dan non reduktionistik (Morley, 1993). Refleksi filosofis yang diikuti pengembangan berbagai teori atau model asuhan kefarmasian terhadap: peran, regulasi, hubungan dan tanggung jawab akan menjadikan farmasis menjadi semakin kokoh berdiri tidak hanya di ruang normatif bahkan lebih jauh di tataran praktis.

ASUHAN FARMASI DIBAWAH BAYANGAN REDUKSIONISME

Kedokteran konvensional yang berkembang demikian pesat saat ini dihasilkan dari ketajaman analisis reduksionistik yang melahirkan banyak hasil riset untuk menopang bukti medis ilmiah. Paham reduksionistik telah mereduksi sistem terkait kesehatan tubuh menjadi hanya dua aspek yaitu fungsional dan struktural, sehingga gangguan penyakit yang disebut sebagai *disease* tersebut adalah merupakan akibat dari terganggunya dua aspek ini saja. Farmasi yang terlahir dari satu tubuh medis pada masa awal tersebut, selanjutnya secara terpisah memalingkan orientasi tugasnya untuk fokus dalam mengelola sumber obat penyokong medis. Dapatlah kita pahami bahwa oleh sebab kesamaan “genetik” maka paham bioreduksionistik ini mengakar kuat dalam farmasi. Farmasi klinik sebagai ibu yang melahirkan asuhan farmasi juga pasti akan menularkan “DNA” bioreduksionistik tersebut kepada derivatifnya yaitu asuhan farmasi.

Paham bioreduksionis menimbulkan konsekwensi lahirnya konsep yang membonsai atau mengkerdilkan hakikat manusia dari mahluk yang berkesadaran tinggi lengkap dengan berbagai fungsi tinggi dari fitrah kemanusiaan seperti persepsi, meaning, kesadaran dan spirituality menjadi sebatas hakikat fisiologis yakni onggokan benda tersusun atas sel dan jaringan organ yang membentuk sistem tubuh. Tubuh fisik ini membentuk sistem keseimbangan dinamis yang disebut sebagai homeostasis. Penyembuhan penyakit selanjutnya menjadi sangat bergantung pada teknik biomedik yang mekanistik. (Engel, 1988). Paradigma biomedik inilah yang selanjutnya memandu aksioma bahwa “Obat allopatik kontemporer telah mengatasi problem kesehatan dan penyakit melalui dimensi atomistik dan molekul” (Foss and Rothenberg , 1988). Konsekuensinya menjadikan pendekatan reduksionis tersebut menjadi jauh lebih dominan. Faktor sehat-sakit oleh sebab pengaruh lingkungan, komplekitasitas dinamika sosial serta isue peran budaya, termasuk mengabaikan performa psikologis serta oleh perilaku dalam paham ini sama sekali tidak diberi ruang (Engel, 1977).

Filsuf Prancis yaitu Descartes, telah memberikan pengaruh kuat dalam melahirkan landasan filosofis dari model biomedis kontemporer. Filsafat rasionalis yang digagas Descrates ini telah

menghancurkan gagasan bahwa manusia bisa
dilihat secara holistik sebagai makhluk biopsikososial yang didasarkan pada konteks budaya. Rasionalisme Cartesian juga telah berkontribusi besar terhadap lahirnya pengorganisasian materia pengobatan termasuk langkah aplikatifnya. Gabungan paham tersebut kiranya yang menstimulasi lahirnya kreativitas dan inovasi besar dalam disiplin farmakologi. Perkembangan penelitian juga semakin menjadi pragmatis namun tajam dan mendalam guna menopang konsep tentang penyakit. Sebagai hasilnya telah tersedia sistem pengobatan dan obat yang belakangan disebut sebagai sistem allopatik. Sistem allopatik ini telah menjelma sebagai alat intervensi yang menjanjikan pemberantasan semua penyakit pada manusia (Morley, 1993).

Harus jujur kita akui reduksionism telah sukses mengantarkan kefarmasian dalam upaya penemuan dan pencarian terhadap formulasi 'peluru ajaib' dalam memerangi patologi organ parda tingkat molekul. Farmakologi klinis dengan demikian dapat dikatakan telah menjalankan fungsi yang sempurna dan setia dalam mendukung model biomedis. Intinya, kefarmasian pada masa depan sekalipun akan tetap terus dirundung pengaruh kuat pendekatan teknik biomedis yang reduksionism dalam upaya perbaikan kesehatan (Morley, 1993; McKeown, 1971).

Catatan gemilang yang telah ditorehkan terhadap kemajuan dunia medis konvensional, muncul pula bentuk kekecewaan terhadap kapasitas obat allopatik dalam menanggulangi penyakit disamping itu ditemukan berbagai keterbatasan berujung kegagalan sistem ini. Mulai tahun 1970-an mulai muncul bentuk baru kesadaran yang melahirkan sejumlah ekspresi filosofis dalam merefleksikan penyakit, langkah terapi dan tema kesehatan secara umum. Namun ditengah munculnya arus baru ini, farmasi klinis seolah masih tertidur lelap. Terjaga dan melahirkan kesadaran juga belum terlihat geliatnya bahkan hingga sekarang. Padahal jika kita menengok mitra profesi lain seperti kedokteran dan keperawatan yang telah tegas memilih untuk sigap dalam merespon simptom ini. Maka muncullah berbagai perspektif filosofis melalui diskusi panjang yang telah melahirkan berbagai model dalam ranah keperawatan maupun medis. Farmasi klinik lebih menujukkan sikap terus terlena dalam memainkan wacana pragmatis dan inovasi teknik produk farmasi. Namun hampir absent dalam benak farmasi klinik bahwa isue utama sesungguhnya adalah bagaimana mengkonseptualisasikan tugas klinis melalui refleksi philosofis dari interaksi manusia dengan dimensi teknologi dan budaya. Sedangkan kompetensi teknis dari seorang individu untuk memecahkan masalah terapeutik sesungguhnya hanyalah merupakan isue derivatif yang mengikutinya. Artinya harus terjadi pergeseran orientasi yang menekankan aspek manusia dari hanya sebagai seonggok organ hidup kepada individu yang berkesadaran tinggi dan sebagai makluk sosial yang utuh. Penghormatan kepada kemanusiaan pada titik ini adalah penting untuk memajukan farmasi yang lebih humanistik.

Farmasi klinis konvensional, memang sepintas memiliki tanggung jawab teknis yang lebih besar untuk perawatan pasien namun masih belum memberikan model dan teori dasar tentang praktek yang komprehensif. Dalam pandangan ini, pasien dianggap sebagai 'milik' dokter, dan pharmacist hanya menjadi subordinat arogansi paternalistik medis. Kiranya sikap penerimaan subordinasi peran teknis/fungional ini yang menyumbang sikap pharmacist yang terkesan apatis, tidak tergerak mengembangkan refleksi filosofis tentang biopsikososial yang lebih luas. Hasilnya pharmacist dalam hal ini tetap terpisah dari pengetahuan mengenai pasiennya meskipun dalam tugas klinik mereka juga mengantongi berbagai data demografi pasien selain data klinis baku. Akan tetapi setumpuk data tersebut akan menjadi terkesan sebagai data formalitas belaka manakala tidak digunakan untuk menunjang keputusan intervensi asuhan farmasi. Hasilnya performa asuhan farmasi terkesan tetap menjadi sempit dan kaku oleh karena tidak tersedia ruang untuk mengeksplorasi dimensi psikososiologis. Jika saja intervensi asuhan farmasi sampai menyentuh sisi sosial-psikologis pasien, maka respons pengobatan akan diharapkan menjadi paripurna.

Prestasi farmasi klinik secara jujur memang layak harus kita akui telah berhasil

mengembangkan pelayanan kompetensi yang sangat berharga seperti review dalam mengurangi potensi efek samping (ADR), mengembangkan basis informasi dan pemanfaatan obat, serta dosis individual. Layanan farmakokinetik juga memberikan sumbangan terhadap justifikasi yang meningkatkan ketepatan dosis. Namun demikian dosis individual beserta berbagai capaian di atas, tidak juga mengarah pada wacana pasien sebagai mahluk psikososial. Hal yang sama juga terjadi ketika mulai muncul ide untuk menghadirkan pelayanan profesional berdasarkan bukti ilmiah (*evidance base*) dengan maksud untuk memberikan pelayanan yang lebih *patient oriented*. Tidak bermaksud mengurangi pentingnya kadar pencapaian tersebut namun sekali lagi upaya demikian bisa dipastikan tidak berhasil menggeser posisi subordinasi profesi kefarmasian dalam praktek pelayanan medik. Ironis, keberhasilan dari farmasi klinis yang cukup besar ini telah dilumpuhkan oleh serangkaian dinamika hubungan sosial antara farmasis, pasien dan dokter, namun tidak membawa pharmasis dan pasien duduk bersama dalam hubungan kolaboratif dimana kedua belah pihak bekerja bersama untuk menyelesaikan tujuan (empiris) dan subjektif (eksperiensial) masalah terkait obat.

Jawaban untuk semua masalah ini ada pada "penyakit" keengganan untuk menggeser konsep patobiologis meski hanya sedikit. Kiranya "Obat" ajaib yang bisa di asup oleh farmasi klinik agar bebasa dari "penyakit keengganan" itu adalah ramuan filosofis model biopsikososial. Sebuah paradigma yang akan memberi ruang bagi pelayanan yang berorientasi kapada pasien dalam pengertian yang seluasnya dan bukan dalam pengertian kerdil.

ASUHAN KEFARMASIAN MASA DEPAN

Pharmasist kontemporer semakin dituntut untuk terlibat dalam refleksi philosofis besar tentang isue kesejahteraan dan hubungan moral antara pharmacist dan pasien. Tumbuh aksioma "hal yang baik untuk profesi adalah menciptakan kebaikan untuk pasien". Pada konteks asuhan farmasi, perubahan ini meliputi kewajiban professional, tanggung jawab dan tugas kepada pasien. Mereka juga mempengaruhi sifat hubungan dokter-farmasis dan mendefinisikan kembali hubungan profesional dengan institusi perawatan kesehatan lain. Farmasis harus menjadi lebih proaktif berfokus ke pasien yang diilhami dengan perintah etis untuk mendapatkan kompetensi teknis dan ilmiah sesuai komitmen untuk mengejar kepentingan terbaik pasien, dan kepentingan ini harus sesuai dengan keinginan pasien.

Pasien harus dipandang sebagai pengambil keputusan otonom, dan bukan semata sebagai penerima pasif dari fakta dan nilai arogansi profesional. Dalam konteks kolaboratif dari hubungan terapeutik, pasien sebagai orang yang harus pada posisi pengambil kendali dan tanggung jawab perawatan. Pertanyaan yang muncul disini adalah bagaimana ini dimulai ? dan dengan cara bagaimana itu dapat dilakukan ?. Pertanyaan ini wajar muncul dari benak farmasis mengingat mereka masih memiliki warisan kuat ideologis biomedik. Terdapat banyak karakteristik ideologi ini yang mendisposisi ketidakberdayaan profesi diataranya bahwa setiap tindakan klinis yang melibatkan partisipasi profesi farmasi klinik harus diprakarsai oleh seorang dokter.

Kita mungkin dapat belajar dari Nursing yang lebih tegas untuk mengambil peran tanggung jawab profesional untuk perawatan yang komprehensif, sistematis, ajek/istiqomah. Hal itu telah menghasilkan otonomi yang profesional, dan telah berhasil menegaskan kembali klaim kuat praktik yang lebih profesional. Pengenalan keperawatan terhadap hubungan antara teori dan praktek menempatkannya dalam posisi yang aman untuk menegaskan nilai sosialnya sebagai disiplin penyembuhan praktis. Asuhan kefarmasian kemudian, menyediakan farmasis kesempatan yang sangat baik untuk terlibat dalam wacana normatif dan menetapkan agenda mereka yang tidak tergantung pada bayangan dominasi dokter. Hubungan terapeutik dapat dibentuk dari dialektika profesionalitas dan bukan response reflektif terhadap mandat yang dipicu oleh profesi eksternal.

Asuhan kefarmasian selanjutnya tidak lagi menawarkan perawatan teknis dari kejauhan. Artinya dalam perawatan farmasi kita harus membawa pengetahuan, penilaian, evaluasi dari risiko dan manfaat,

keterbatasan terapeutik dan pilihan, kepercayaan dan dukungan emosional yang langsung terhadap pasien (face to face). Apalagi farmasi klinis harus membuat komitmen diri terhadap kesejahteraan mereka, keinginan untuk meringankan rasa sakit dan penderitaan mereka. Singkatnya, farmasi klinis harus bergerak ke luar dinding netralitas etis, batasan ilmiah, penilaian dan tindakan melibatkan penilaian dan ukuran etika yang selama ini menjadi batas tabu bagi farmasis. Sebab disini bukan hanya masalah sains semata tapi juga ada kebijaksanaan pasien yang tinggal di dalam tubuhnya, yang membolehkan farmasis untuk membawanya menuju terapi optimal.

Asuhan kefarmasian harus dilihat sebagai praktek filosofi yang merangkul model biopsikososial dengan semua implikasi holistiknya. Sekarang, adalah waktunya untuk fokus pada somatik dan ekstra somatik dari dimensi manusia yang hidup. Bidang penyelidikan tidak terbatas. Asuhan kefarmasian menuntut lebih dari sekedar kompetensi teknis, kita menghadapi tantangan untuk memperluas intelektual ke daerah-daerah yang lebih baik dalam memfasilitasi tujuan klinis dan moral kita (Zaner, 1988).

BELAJAR DARI PARADIGMA HOLISTIK DARI DISPILIN MEDIS DAN KEPERAWATAN

Bersamaan dengan perkembangan Clinical pharmacy yang kemudian melahirkan asuhan kefarmasian, telah terjadi pula perubahan filosofis yang mendalam dalam bidang medis dan keperawatan. Belakangan ini, para peneliti mulai menyadari semakin jelasnya implikasi keterlibatan sosial dan psikososial sebagai determinan keberhasilan pengobatan.

Psikiater George L. Engel dari University of Rochester, dalam artikel di Science tahunan 1977 (Engel, 1977), di mana ia mengemukakan "kebutuhan untuk model medis baru". Konsep ini, kemudian diberi label biopsikososial (BPS). Suatu perspektif yang memandang kesehatan dan penyakit sebagai produk dari kombinasi faktor karakteristik biologi (misalnya, kecenderungan genetik), faktor perilaku (misalnya, gaya hidup, stres, kepercayaan kesehatan), dan kondisi sosial (misal, pengaruh budaya, hubungan keluarga, dukungan sosial) (Anshari, 2017).

George Engel (1977) mengkritik sistem pengobatan dan psikiatri kepatuhan sangat eksklusif dengan pendekatan biomedis. Bagi Engel model biomedik atau patobiologi tidak lagi memadai sebagai satu satunya konsep untuk menjelaskan dan menyelesaikan problema penyakit dan kesehatan secara luas. Engel membandingkan 2 kondisi, diabetes mellitus dan Skizofrenia, dia menunjukkan bagaimana konsentrasi hanya pada patobiologi dengan pengecualian terhadap psikososial ternyata mendistorsi perspektif dan bahkan mengganggu perawatan pasien. Penyertaan faktor somatik dan psikososial secara bersama sangat diperlukan untuk memahami kondisi tersebut. Berangkat dari itu perawatan rasional medis harus memperhitungkan pasien dan konteks sosial di mana dia tinggal (termasuk sistem perawatan kesehatan). Singkatnya, dia menyarankan agar kebutuhan yang esensial dalam perawatan pasien yang rasional dan efektif adalah terapi terintegrasi terhadap faktor biomedis, psikologis dan sosial (Mai, 1995).

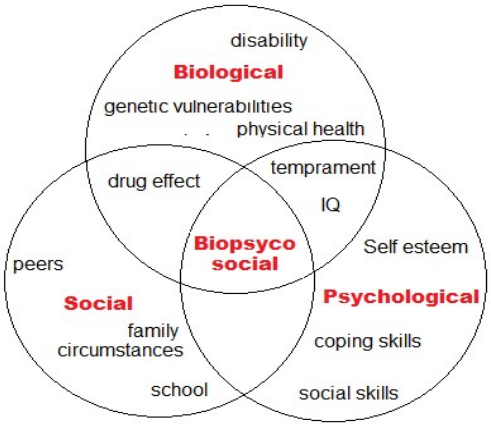
Spektrum biologis dari model BPS berusaha untuk memahami bagaimana penyebab penyakit berasal dari fungsi tubuh individu. Komponen psikologis model BPS mencari penyebab psikologis potensi masalah kesehatan seperti kurangnya pengendalian diri, gejolak emosi, dan pikiran negatif. Bagian sosial dari model BPS menyelidiki bagaimana faktor-faktor sosial seperti status sosial ekonomi, kemiskinan, teknologi yang berbeda,dan agama dapat mempengaruhi kesehatan (Anshari, 2017). Model BPS menunjukkan bahwa pengobatan terhadap penyakit, misalnya, diabetes tipe dua dan kanker, mensyaratkan kerjasama tim kesehatan dalam mengatasi pengaruh biologis, psikologis dan sosial. Dalam arti filosofis, model bio-psikososial menyatakan bahwa kerja tubuh dapat mempengaruhi pikiran, dan cara kerja pikiran dapat mempengaruhi tubuh (Halligan dan Aylward, 2006).

WACANA FILOSOFIS DARI ASUHAN FARMASI YANG HOLISTIK

Asuhan kefarmasian selama ini meski hadir berkemasan holistik namun cita rasanya masih kental biomedis

reduksionism. Hal tersebut tentu menghasilkan kebingungan, tidak saja dalam tataran filosofis namun juga dalam praktis. Bagaimana mungkin slogan berorientasi pasien sementara kita posisikan pasien sebagai seonggok agen biologik pasif menerima intervensi. Bagaimana mungkin farmasis-pasien dapat memiliki hubungan kolaboratif dimana kedua belah pihak bekerja bersama untuk menyelesaikan tujuan dan subjektif berbagai masalah terkait obat, jika masih terhalang wacana subordinasi terhadap profesi kefarmasian. Semua masalah tersebut akan tetap muncul jika farmasi klinik tidak segera mengadopsi rumusan filosofis pelayanan yang bersifat holistik. Kajian filosofis epistemologis ini dapat menjadi triger bagi lahirnya model pelayanan kefarmasian holistik.

Perspektif Biopsikososcial (BPS) telah menjadi kerangka umum untuk memandu eksplorasi teoritis dan empiris yang telah mengumpulkan banyak penelitian terkait formulasi dan pengujian model sosial-kognitif perilaku kesehatan (Armitage & Conner, 2000). Variabel sosial-kognitif menampilkan pengaruh keterlibatan perilaku sehat dan mematuhi rejimen medis dalam model self-efficacy pada penyakit kronis diabetes tipe 2 dan penyakit jantung. Berbagai model lain termasuk Trans-theoretical Model, the Relapse Prevention Model , Health Belief Model, Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behaviour, Gollwitzer's implementation-intentions, the Precaution–Adoption Model, the Health Action Process Approach (Garcia & Mann, 2003; Carels, et al., 2004; 2005).



Gambar 1. Biopsikososial dalam medis

BPS sebagai model baru memang telah banyak dikritisi, diantaranya menyatakan bahwa sebagian besar BPS adalah model biomedis, dimana faktor biologis masih ditumpangkan ke spektrum psikologis dan sosial. Para kritisi juga menyatakan bahwa dasar teoritis model tersebut tidak cukup jelas. Bahwa hubungan yang kompleks antara faktor penyebab dan pengaruh dalam setiap subsistem (biologi, psychological dan sosial) yang mempengaruhi keadaan kesehatan dan terjadinya penyakit, tidak diketahui dengan benar (Havelka et al, 2009; Amstrong, 1987; Ogden, 1997). Kelompok praktisi sering memperma salahkan pandangan BPS tentang perhatian terhadap tiga aspek dari penyakit. Bagaimana kita memilih?, Bagaimana kita memprioritaskan satu aspek terhadap aspek lainnya ?. Model biopsikososial, tidak membimbing kita tentang cara untuk memprioritaskan. Akibatnya, prioritas terjadi dan di jalankan, dengan acuan masing-masing. Untungnya tidak ada penolakan umum terhadap model dasar, melainkan terkait konsep penelitian dan mencari penyebab kegagalan dalam pendekatan konseptual dan metodologis (Havelka et al, 2009).

Hal yang menarik, meski sejak kelahirannya telah mengumpulkan kritikan, paradigma BPS ternyata telah mendorong lahirnya konsep yang kini populer sebagai hubungan pikiran-tubuh, yang membahas argumen yang lebih filosofis antara perspektif biopsikososial dan biomedis. Akan tetapi masih terdapat pekerjaan rumah yang harus diselesaikan oleh perspektif BPS yang digagas Engel tersebut. Belum tersedianya model uji untuk menjelaskan interaksi atau pengaruh kausal pikiran vs tubuh. Fokus untuk memunculkan hubungan antara pikiran sebagai sebuah variabel bebas yang berpengaruh langsung terhadap biologis (fisiologis) sebagai variabel terikat adalah merupakan kunci penting dalam kaitan intervensi medik yang holistik (Anshari, 2017).

TINJAUAN ASPEK TEKNIS PARADIGMA BIOPSYCHOSOCIAL (BPS)

Pada era genomik yang mengedepankan faktor genetik sebagai salah satu kontributor terhadap respon pasien terhadap obat, maka terapi dan

hasilnya menjadi bersifat individual. Respons terapi pada satu etnis mungkin akan berbeda dengan etnis lain, termasuk kejadian efek samping obat atau *adverse drug reactions.* Ringkasnya pada era genomik terapi semakin mengarah kepada individualisasi, Dampaknya bagi pelaksanaan *asuhan kefarmasian* semakin menuntut penguatan pada fungsi : 1) *Therapeutic drug monitoring* (TDM), 2) *pharmacovigilance*, Serangkaian tindakan untuk deteksi, penilaian, pemahaman, dan pencegahan efek yang tidak diinginkan (*adverse effects;* ADR). Polimorfisme genetik memunculkan konsekwensi variasi terhadap respon obat. Perhatian dengan demikian seharusnya difokuskan terhadap faktor farmakokinetik, dalam hal ini metabolisme obat (Pirmohamed dan Park, 2001). 3) Pelayanan Informasi Obat (PIO). Mekanisme molekuler penyakit dan obat-obat baru yang makin selektif terhadap target aksi spesifik di tingkat molekuler perlu dikuasai manakala akan memberikan nilai tambah bagi farmasis ketika harus memberikan pelayanan informasi obat, terutama pada sejawat tenaga kesehatan lain. 4) Konseling pada Pasien, inilah peran yang perlu penguatan atau dengan ungkapan lain harus dalam porsi dominan untuk menampilkan wajah asuhan kefarmasian yang holistik.

Pandangan model biomedis konvensional yang berlaku saat ini terhadap kasus pasien yang mengeluhkan nyeri dada sebagai contohnya, maka dalam hal ini dokter berfokus pada penyebab fisik dari penyakit. Dokter biasanya akan menanyakan beberapa pertanyaan seputar diet, sejarah sakit, tanda-tanda dan gejala infark miokard empiris yang dianggap penting. Selanjutnya dokter melakukan pengukuran faal obyektif dan memantau tanda vital yang dianggap penting (yaitu, suhu, denyut nadi, dan tekanan darah) yang akan membentuk satu-satunya dasar temuan dalam memberikan diagnosis. Langkah terapi akan diambil dokter dengan meresepkan rencana obat untuk pasien berdasarkan etiologi biologis dan patogenesis serta bersifat simptomatis (Anshari, 2017).

Jika pola penanganan terhadap kasus pasien di atas ditangani menurut konsep holistik BPS, maka dokter akan memastikan proses psikososial dan fisik yang dapat menyebabkan keluhan utama nyeri dada. Dokter mungkin meminta riwayat tekanan hidup dan perilaku. Diagnosis dibentuk berdasarkan kombinasi faktor perilaku, psikologis dan tes laboratorium standar. Pada fase terapi, dokter akan membahas intervensi yang tersedia dengan perhatian khusus pada perilaku dan gaya hidup yang dapat mempengaruhi rasa sakit (Anshari, 2017).

Asuhan kefarmasian dalam hal ini dapat meletakkan kontribusi perawatannya lebih dari hanya sekedar tindakan perawatan konvensional selama ini, seperti: TDM, ADR dan PIO. Sebagaimana kita pahami ketiga fungsi ini merupakan aspek biomedik. Pharmacist harus meletakkan perhatian terhadap kontrol perilaku dan psikologis akan diupayakan dengan menginduksi sistem keyakinan (belief), tata nilai (value) yang dimiliki pasien tersebut. Apabila ini berhasil, maka response perilaku positif berupa keyakinan, optimisme, dan kepatuhan untuk menerima dan menjalankan regimen pengobatan akan tercipta secara kuat dalam diri individu pasien, guna mendukung upaya penyembuhan yang holistik. Aspek lain dari konsep holistik ini adalah tersedianya ruang bagi pasien untuk terlibat aktif dalam merumuskan dan melaksanakan rencana, dan memelihara hubungan yang mendukung kesembuhannya.

KESIMPULAN

Disiplin kefarmasian belum cukup jauh mengembangkan paradigma moral baru yang lebih cocok untuk kebutuhan asuhan kefarmasian yang memperhatikan aspek humanistik. Asuhan kefarmasian konvensional selama ini, seperti TDM, ADR dan PIO, merupakan aspek biomedik yang belum mengembangkan perhatian terhadap kontrol perilaku dan pemberdayaan aspek psikologis dari pasiennya. Paradigma dan kerangka konseptual harus dibangun untuk menuju dimensi perawatan pasien yang lebih 'holistik', sehingga diperoleh praktek klinis yang menjadi kurang mekanistik dan tidak bioreduksionistik.

DAFTAR PUSTAKA

Armitage C.J., Mark Conner. 2000. Social cognition models and health behaviour:

A structured review. Psychology & Health. 15:2. 173-189
Miller, J. 1981. History of Clinical Pharmacy and Clinical Pharmacology. J Clin Pharmacol. 21: 195-197
DiPiro, TJ. 2002. Encyclopedia of Clinical Pharmacy. Dekker. hal 900
Bonal, J., Burden, M., Delporte, JP., eds. 1993. The Future of clinical pharmacy in Europe.: European Society of Clinical Pharmacy. Noordwijk.
Waldo, DR., Sonnefeld, ST., Lemieux JA., McKusick DR. 1999. Health Spending through 2030. Three Scenarios. Health Affair. 231-42
Hepler, CD., Strand, LM. 1990. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. Am J Hosp Pharm. 47 (3):533-543
ACCP, American College of Clinical Pharmacy. 2008. The Definition of Clinical Pharmacy, Pharmacother. 28(6): 816–817
Carels, Robert A.; Douglass, Olivia M.; Cacciapaglia, Holly M.; O'Brien, William H. 2004. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 72(2), 341-348
Carels, RA., Darby, LA., Cacciapaglia HM., Douglass OM., Harper, J., Kaplar. M., et al. 2005. Applying a stepped care approach to the treatment of obesity. Journal of Psychosomatic Research. 59:375–383.
Oak Ridge National Laboratory. 2009. Human Genome Project information, http: // http://www.ornl.gov/sci/techresources/
Pirmohamed, M., Park BK. 2001. Genetic Susceptibility to Adverse Drug Reactions. Trends Pharmacol Sci. 22 (6): 298
Mai, F. M. 1995. Editor, Journal of Psychiatry & Neuroscience Journal ofPsychiatry & Neuroscience. Vol 20. No. 5.
Engel, GL. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196:129-136.
Halligan, P.W., and Aylward, M. 2006. The Power of Belief Psychosocial influence on illness. disability and medicine. Oxford University Press.
Garcia, K., & Mann, T. 2003. From "I wish" to "I will": Social-cognitive predictors of behavioral intentions. Journal of Health Psychology. 8: 347-360.
Sadler, JZ., Hulgus, YF. 1990. Knowing, valuing, acting: clues to revising the biopsychosocial model. Compr Psychiatry. 31:185-195.
Anshari, M. 2017. Biopsychosociocultural (BPSC) Paradigm As A Holistic Health Paradigm. Proceedings of Health Science “FK-DIKUA”. p.7-12.
Morley, P.C. 1993. Commmentary Pharmaceutical care: desiderata. Journal of clinical pharmacy and Therapeutics. I8: p143-146
Strand, L., Cipolle, R., Morley, P. 1992. Pharmaceutical Care: An Inhoducfion, Current Concepts Series. The Upjohn Company, Kalamazoo, Michigan.
Foss, L., Rothenberg, K. 1988. Thc Second Medical Rcoofution. New Science Library, Boston, Shambhala.
Engel GL. 1988. How much longer must medicine’s science be bound by a seventeenth century world view? In: The Tusk of Medicine, ed White KL pp. 113-36. The Henry 1. Kaiser Family Foundation. Menlo Pak CA.
Havelka, M., et al. 2009. Biopsychosocial Model, Coll. Antropol. 33, 1: 303–310
McKeown, TA. 1971. A historical appraisal of the medical task In: Medical Hisfory and Medical Can, eds McLachlan G, McKeown T. Oxford University Press for the Nuf5eld Provincial Hospitals Trust, London.
Armstrong D. 1987. Social Science and Medicine. 25 213–218.
Ogden, J. 1997. Journal of Health Psychology. 2: 21–29.
Zaner, R. 1988. Ethics a d the Clinical Encounter. Prentice Hall, Fingelwood Cliffs, NJ.